Rok XXXIII. Kraków 18. Sierpnia 1894 r. Nr. 33.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O leczeniu wodogłowia przewlekłego za pomocą punkcyi.

Według wykładu prof. Dra Jakubowskiego na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Krakowie w dniu 24. Stycznia 1893 r.

Podał
Dr. Jan Raczyński,
asystent kliniki.

Wodogłowie przewlekłe (*hydrocephalus chronicus*) jest sprawą chorobową, w której zawodzą wszelkie dotychczas używane środki a lekarz praktyczny albo zwraca się do środków zalecanych w podręcznikach, nie licząc jednak na ich skuteczność albo zachowuje się wyczekująco, zostawiając naturze przebieg choroby.

Zachowanie się bezczynne ze strony lekarza uzasadnione jest w przypadkach, w których wodogłowie bierze swój początek we wczesnym okresie życia płodowego, gdy dziecię w skutek znacznego nagromadzenia się płynu przychodzi na świat z czaszką znacznie powiększoną. W takich przypadkach można się przekonać przy badaniu pośmiertnem, że półkule mózgu znacznie zanikłe tworzą jakby worek wypełniony płynem wodnistym. W tak znacznym zaniku miąższu mózgowego trudno zaiste kusić się, aby jakabądź, choćby najenergiczniejsza terapia zdołała mózg przywrócić do stanu pierwotnego.

Inaczej rzecz się ma w tych razach, gdy dziecię przychodzi na świat z wodogłowiem bardzo małem, gdy w cokolwiek rozszerzonych komorach mózgowych znajduje się mało płynu, którego patologiczne ilości wytwarzają się dopiero w czasie samodzielnego życia dziecka.

Ileż to razy przydarzy się lekarzowi, że wezwany do kilkotygodniowego a nawet kilkomiesięcznego dziecka dla udzielenia porady w przemijającem jakiemś cierpieniu, przy badaniu w pierwszej chwili mniema, że ma do czynienia z dzieckiem prawidłowo się rozwijającem; przekona się bowiem, że odżywianie jest dobre, cera zdrowa, rozwój członków symetryczny, czaszka nawet w obwodzie ma wymiary prawidłowe. Dokładniej dopiero badając, dostrzega, że szwy nie schodzą się z sobą, że ciemię wielkie jest bardzo duże, znacznie wypuklone, mocno napięte a brak nad niem tętnienia, że żyły na skórze czaszkowej, szczególnie w okolicy skroniowej są rozszerzone i krwią przepełnione, że gałki oczne są wysadzone a dziecię ustawicznie zwraca je ku dołowi, i na podstawie tych objawów rozpoznaje wodogłowie. W takim przypadku w trudnem lekarz znajduje się położeniu, zadając sobie pytanie, czy rozpoznanie swoje oznajmić rodzicom lub zostawić ich czas jakiś w błogiej nieświadomości, czyli też będąc pewnym rozpoznania, objaśnić rodziców o ważności sprawy a wtedy przedsięwziąć odpowiednie leczenie.

Wodogłowie rozpoznane w najwcześniejszym okresie i zostawione własnemu przebiegowi rzadko kończy się pomyślnie; płyn wytwarza się stale, sprowadzając w następstwie powiększanie się komór a zanikanie substancyi mózgowej. W jednych przypadkach gromadzenie się płynu jest tak szybkie, że u dziecka, które po urodzeniu i w pierwszych tygodniach życia uważano za prawidłowo rozwinięte, już w 6-tym miesiącu życia obwód czaszki jest tak duży, jak u dziecka 2-letniego (około 52 cm.), z końcem 1-go roku jest już obwód jej, jak u człowieka dorosłego (około 57 cm.) a w 2-gim roku życia w wymiarach swych przechodzi znacznie nad pojemność czaszki osoby dorosłej, t. j. obwód wynosić może 60, 70, 80 a nawet i ponad 80 cm. Dzieci takie nie żyją długo, lecz umierają w 2-gim lub 3-cim roku życia.

W innych przypadkach wodogłowie rozwija się powolniej: w 1. i 2. roku życia wymiary czaszki o kilka centymetrów tylko przewyższają wymiary prawidłowe, ale ciemię

wielkie nie zarasta długo, dzieci takie nie mogą utrzymać głowy o własnej sile a władze umysłowe zostają w uśpieniu; dopiero w 3-cim lub 4-tym roku życia obok zwiększenia się obwodu czaszki (54—57 cm.) zarasta ciemię. Po zarośnięciu ciemienia i spojeniu szwów dalsze wytwarzanie się płynu bywa zwykle niewielkie a dzieci takie zaczynają chodzić, krokiem jednak chwiejnym i niepewnym a władze ich umysłowe wiele pozostawiają do życzenia. Są to zwykłe typy hidrocefalików, które żyć mogą bardzo długo (Vogel wspomina jednego, który żył 54 lat).

Widzimy z pobieżnego tego opisu przebiegu wodogłowia, że najważniejszy okres tego cierpienia przypada na pierwsze miesiące życia; z tego wynika, że jeśli leczenie ma być skuteczne, przedsiębrać je należy w tym pierwszym okresie, gdyż wszelkie późniejsze zabiegi będą bezskuteczne.

Przyczyn i okoliczności, wśród których rozwija się wodogłowie, prawie nie znamy. W niewielkiej liczbie przypadków możemy odnieść wytwarzanie się wodogłowia do utrudnienia odpływu krwi z mózgu czy to z powodu guzów nowotworowych, w okolicy się rozwijających, czy z powodu wady serca czy nawet krztuśca; często widzimy rozwijanie się hidrocefalii jako następstwo ostrych zapaleń opon mózgowych *(meningitis cerebrospinalis)*, wreszcie sprzyjać ma wytwarzaniu się wodogłowia krzywica *(rhachitis)*. Jednak pomijając nawet to, że są to przypadki wyjątkowe, obecność tych przyczyn w pewnej liczbie przypadków nie wyjaśnia nam wiele, nie znamy bowiem dotąd ani stósunku ani związku przyczynowego tych chorób z wodogłowiem ani sposobu i okoliczności, w jakich ono się wytwarza. Musimy więc zadowolnić się czczym ogólnikiem o usposobieniu do nadmiernego wytwarzania cieczy mózgordzeniowej lub przyznać wprost, że nie znamy przyczyn rozwijania się wodogłowia. A gdy tak jest, to i leczenie może być tylko przypadowem i zdążać z jednej strony do powstrzymywania wytwarzania się cieczy, z drugiej do usuwania już w znacznych ilościach nagromadzonej.

Z zalecanych sposobów leczenia głównie zasługują na uwagę systematyczne uciskanie czaszki i wypuszczanie płynu z komór mózgowych.

Biorąc rzecz z teoretycznego punktu widzenia zdawałoby się, że już za pomocą uciskania czaszki możemy uzyskać wiele. Wiemy z przebiegu wodogłowia, że skostnienie czaszki wstrzymuje dalszy rozwój tej choroby; gdy więc za pomocą opasek uciskających nie dozwalamy powiększania się czaszki, otrzymać powinniśmy ten sam skutek. Systematyczne uciskanie czaszki nie jest jednak zabiegiem tak skutecznym, jak wydaje się na pozór. Lekki ucisk opaskami zwykłemi, elastycznemi lub plastrami lepiącymi nie prowadzi do celu, gdyż, jak potwierdza wiele doświadczeń, płynu przybywa dalej. Ucisk mocniejszy znowu sprowadza często objawy mózgowe, jakoto niepokój, sen przerywany, wymioty, skurcze stałe a z pomiędzy tych najczęściej skurcz mięśni karkowych i szczękościsk. Bardzo też często wymienione objawy po usunięciu opaski uciskowej zmniejszają się lub ustają zupełnie.

Więcej zachęcającą jest metoda wypuszczania płynu z komór mózgowych obok równoczesnego uciskania czaszki. W tej kombinowanej metodzie można zakładać opaski bardzo mocno i szczelnie a mimo to, dopóki stósujemy ucisk do ilości wypuszczonego płynu, rzadko spotkamy się z objawami ucisku śródczaszkowego.

Do wypuszczania płynu z komór zwykle posługujemy się punkcyą.

Punkcya technicznie nie przedstawia żadnych trudności. Trójgraniec o świetle 2—3 mm. wkłuwamy w okolicy kąta zewnętrznego dolnego ciemienia dużego lub, gdy ono nie jest zbyt wielkie, w rozstępie szwu wieńcowego na 4 do 5 cm. powyżej małżowiny usznej. Po wbiciu trójgrańca można wypuszczać płyn wprost do otwartego naczynia, bacząc na to, by powietrze nie dostało się do jamy czaszkowej, albo płyn z jamy czaszkowej wypompować odpowiednim przyrządem.

Należy nadmienić, że punkcyę wodogłowia robiono już dawno. Już w pierwszej połowie bieżącego stulecia spotykamy się z liczniejszymi i dokładnymi opisami leczenia wodogłowia tym sposobem. Couquest roku 1838. a West r. 1843, byli pierwszymi pionierami tej metody leczenia. Mimo jednak nienajgorszych nawet wyników (West zestawił 14 wyleczeń na 56 przypadków), punkcya nie znalazła wielu zwolenników. Nastaje czas, że o niej nic nie słyszymy.

Dopiero z wprowadzeniem antyseptyki do chirurgii, gdy dla usunięcia ciężkich spraw chorobowych wnikamy bez niebezpieczeństwa dla chorych do najgłębszych jam ciała ludzkiego, podjęto na nowo myśl użycia punkcyi w przebiegu wodogłowia z zastósowaniem wszelkich przez naukę poleconych prawideł postępowania przeciwgnilnego.

Odtąd też częste mamy wiadomości o wykonywaniu tego sposobu leczenia. I tak w r. 1873. był Buttenwieser pierwszym, który w tych czasach na nowo myśl tę podjął, w r. 1883. zachęca do niej Hurch Dunn, w r. 1889. Pfeiffer wykonywa ją w 2 przypadkach bez widocznego skutku, ale i bez szkody, wreszcie cały szereg innych, notując jako wyniki: ustąpienie drgawek (Bergmann, Wyss), wyraźny wpływ na rozwój fizyczny i psychiczny (Rehn, Phocas, Quinque, Karnitzky, Wyss). Niektórzy poszczycić się mogą przypadkami, w których rezultat leczenia był znakomity. Rehn przedstawia na kongresie dla medycyny wewn. w Wiesbadenie 12-letnią dziewczynkę wyleczoną przez kilkakrotne powtarzanie punkcyi. Wyss 7 razy w ciągu roku powtórzoną punkcyą u dziecka 8-miesięcznego z wielkim wodogłowiem doprowadza, że dziecko to w 2. roku życia trzyma prosto głowę, może siedzieć, chodzić a nawet mówić.

W klinice pedyatrycznej krakowskiej podjął prof. Dr. M. L. Jakubowski ten sposób leczenia jeszcze w roku 1889. a do końca roku 1893. leczono ogółem za pomocą punkcyi 7 dzieci dotkniętych wodogłowiem.

Z góry należy uprzedzić czytelnika, że były to przypadki wodogłowia już tak daleko posunięte, że zrozpaczeni rodzice decydowali się za jakąbądź cenę uzyskać, jeśli nie wyleczenie, to choć małą poprawę, że były to dzieci rodziców biednych, dotąd w złych stósunkach pozostające, często już ogólnie schorzałe, wycieńczone nieżytem jelit i nawiedzone krzywicą.

Oto szkice historyi chorób:

1) Anna Brynda, 14 miesięczna, przyjęta 29. Stycznia 1889. Obok znacznego wyniszczenia nieżytem jelit, wykazano objawy wodogłowia; obwód czaszki 66 cm. Punkcyi dokonano dnia 6. Lutego. Wkłuto po stronie lewej, wypuszczono 100 grm. płynu; obwód czaszki na razie pomniej-

szył się znacznie (61), jednak już 12. Lutego wynosił 65 cm. Dlatego dnia 16. Lutego przystąpiono do powtórnej punkcyi, tym razem po stronie prawej; wypuszczono 150 grm. Gdy zmniejszony przez punkcyę obwód czaszki przybrał znowu rozmiary pierwotne, wykonano punkcyę po raz trzeci, tym razem po stronie lewej i wypuszczono 450 gramów dnia 5. Marca.

Wszystkie trzy zabiegi zniosło dziecko bardzo dobrze; żadnych przypadków mózgowych ani przy ani bezpośrednio po punkcyi nie dostrzeżono. Natomiast dziecko zaczęło podupadać i wśród objawów wyniszczenia z powodu zaostrzania się nieżytu kiszek zmarło dnia 8. Kwietnia, t. j. w 2 miesiące po pierwszej punkcyi a w miesiąc po ostatniej. Sekcya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym wykazała: *Hydrocephalus internus chronicus, bronchopneumonia ambilateralis, catarrhus intestinorum chronicus exacerbans.*

Gdy tak przypadek ten zakończył się niepomyślnie, wypadało przedewszystkiem zadać sobie pytanie, czy podejmując punkcyę wodogłowia, nie wykracza się przeciwko pierwszej regule postępowania leczniczego: *non nocere*. Obserwacya kliniczna a wreszcie sekcya zaprzeczały temu stanowczo. Brak wszelkich objawów zadrażnienia lub zapalenia opon, dłuższy przeciąg czasu, który upłynął od ostatniej punkcyi do śmierci (miesiąc), wreszcie zmiany niezostające w związku z wodogłowiem wykazane przez sekcyę, utwierdzały to przekonanie. Na podstawie zatem własnej obserwacyi można było wyrobić sobie zdanie, że punkcyi bez szkody dla chorego użyć można do leczenia wodogłowia. Postanowiono zatem przeprowadzać dalej to leczenie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

19) Henryk S., lat 28, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa oculi dextri.* 12 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2, później po 3 przedziałki Pravaza ze skutkiem.

Przed 10 laty chorował na oko lewe i z tego czasu pochodzi plamka na tem oku tudzież upośledzenie wzroku (V $^{6}/_{24}$ z otworkiem stenopaicznym). W jesieni 1893. poczęło go boleć oko prawe i wzrok podupadał powoli; znaczne pogorszenie wzroku od Stycznia 1894. (przyjęty 13. Lutego). Kiły wykazać nie można.

P. o. Spojówka powiek miernie nastrzykana, dokoła rogówki nastrzykanie rzęskowe, cała rogówka niejednostajnie zaćmiona, nieliczne naczynia głębokie. Źrenica, o ile można dostrzedz przez zaćmioną rogówkę, wązka, po atropinie rozszerza się leniwo i nieregularnie z powodu kilku tylnych przyczepin, osadów na błonie Descemeta nie ma. V $^{0 \cdot 75}/_{60}$.

14. Lutego I. injekcya 2 przedziałek, atropina co 2 godziny.

16. Lutego. V $^{1}/_{60}$, II. injekcya j. w.

19. Lutego III. injekcya.

22. Lutego. Tylko ślad nastrzykania rzęskowego, rogówka od obwodu wyjaśnia się wyraźnie, V $^{2}/_{60}$, IV. injekcya 3 przedziałki.

25. Lutego. V $^{2 \cdot 5}/_{60}$, V. injekcya j. w.

28. Lutego. Oko blade, źrenica dobrze rozszerzona prócz kilku tylnych przyczepin, które stale się utrzymują. V j. w., VI. injekcya.

3. Marca VII. injekcya.

6. Marca. V $^{4}/_{60}$, VIII. injekcya.

9. Marca IX. injekcya.

13. Marca X. injekcya.

17. Marca. V $^{5}/_{60}$, XI. injekcya.

20. Marca. V $^{6}/_{60}$, XII. injekcya.

23. Marca. Kalomel, znosi dobrze.

28. Marca. Ani śladu jakichkolwiek objawów zapalnych, środkowa część rogówki zaćmiona, V $^{6}/_{60}$, wystąpił, do domu *tinctura opii crocata.*

20) Weronika S., lat 15, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa oculi utriusque. Lues congenita.* 8 injekcyj rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, skutecznych.

Od jesieni r. z. chora na oczy. Zaćmienie niezbyt mocne, skąpo unaczynione zajmuje całą rogówkę na obu oczach. Mocne objawy zadrażnienia. Nie ma zapalenia tęczówki.

V p. o. $^{4}/_{60}$, V l. o. $^{6}/_{60}$.

2. Marca I. injekcya, atropina, po której źrenice dobrze się rozszerzają.

3. Marca. V p. o. $^{6}/_{60}$.

5. Marca II. injekcya.

8. Marca III. injekcya.

11. Marca. Objawy zadraźnienia znacznie mniejsze, V p. o. $^{6}/_{60}$ IV. injekcya.

13. Marca. V p. o. $^{5}/_{50}$, V l. o. $^{5}/_{30}$, V. injekcya.

18. Marca. V p. o. $^{5}/_{30}$, V l. o. $^{5}/_{30}$, VI. injekcya.

22. Marca VII. injekcya.

24. Marca. V p. o. $^{5}/_{20}$, V l. o. $^{5}/_{30}$. Nastrzykanie rzęskowe zupełnie ustąpiło, rogówki wyjaśniły się znacznie.

31. Marca VIII. injekcya, wzrok nie poprawia się już dalej, przeto od 9. Kwietnia zaczęto stosować środki wyjaśniające.

W następującym przypadku wstrzykiwania zastosowane w samym początku choroby powstrzymały dalsze jej postępy.

21) Franciszka B., lat 40, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa incipiens oculi sinistri.* Od tygodnia bóle w oku lewem, zaczerwienienie, światłowstręt i łzawienie. Kiły wykazać nie można. Spojówki bez zmian. Dokoła rogówki mierne nastrzykanie rzęskowe, zwłaszcza przy górnym brzegu. W górnej zewnętrznej części rogówki od samego brzegu ku jej środkowi głęboki naciek miąższowy o skąpych, głęboko znajdujących się naczyniach; źrenica po atropinie rozszerza się dobrze, znaczne objawy zadrażnienia. V $^{5}/_{10}$.

Od 20. Marca do 2. Kwietnia zastosowałem 4 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, przyczem stopniowo ustępowały wszystkie objawy.

10. Kwietnia. Oko całkiem blade, zaćmienie rogówki ustąpiło w znacznej części; pozostał tylko ślad przy samym brzegu górnym zewnętrznym. V $^{5}/_{5}$. Chora na własne żądanie opuszcza klinikę. Po miesiącu miałem sposobność znów zobaczyć chorą i przekonać się, że jej oko lewe oprócz wspomnianej wyżej, przybrzeżnej plamki nie okazuje żadnych zboczeń.

22) Przypadek z prywatnej praktyki profesora Rydla. Po zapaleniu miąższowem rozlanem, bardzo mocnem, przebytem przed rokiem pozostało znaczne, zupełnie nieprzeźroczyste zaćmienie środkowe. Po 3 injekcyach rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza nie było żadnej poprawy, przystąpiono więc do innego leczenia.

23) Profesor Rydel wstrzykiwał sublimat prócz tego jeszcze w jednym przypadku bardzo znacznych zaćmień długotrwających po zapaleniu miąższowem, rozlanem rogówki w obu oczach bez żadnego skutku; 5 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza.

Zapalenie tęczówki.

24) Katarzyna K., lat 33, klinika stała. *Iritis serosoplastica oculi dextri rheumatica.* 8 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chora od 2 miesięcy. Mierne nastrzykanie rzęskowe, liczne drobniutkie osady na błonie Descemetego, źrenica zwężona, oddziaływa na światło leniwo, po atropinie jednak rozszerza się dobrze, tylko w kilku miejscach cienkie tylne przyczepiny. V $^{6}/_{18}$.

18. Lutego I. injekcya, atropina co 2 godziny.

21. Lutego ślad nastrzykania rzęskowego, źrenica *ad maximum* rozszerzona, przyczepiny rozerwane z wyjątkiem jednej od dołu. V $^{6}/_{12}$. II. injekcya.

24. Lutego zaledwie dostrzegalne nastrzykanie rzęskowe, osadów ubyło znacznie, ciecz wodna czystsza, źrenica cała dobrze rozszerzona, gdyż rozerwała się i ta tylna przyczepina która pozostała od dołu. V $^{6}/_{8}$. III. injekcya.

27. Lutego IV. injekcya.

1. Marca oko blade, osadów znowu ubyło, V. injekcya.

4. Marca VI. injekcya.

8. Marca VII. injekcya.

10. Marca VIII. injekcya. Oko blade zupełnie, osady zniknęły. V $^{6}/_{6}$.

25) Róża M., lat 25, ambulantka. *Iritis recidiva levioris gradus oculi dextri.* Przed paru laty leczona w naszej klinice ruchomej z powodu zapalenia tęczówki oka prawego. Po 2 injekcyach rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza ustąpiły wszelkie objawy.

26) Błażej W., lat 54, klinika stała. *Iritis plastica oculi dextri idiopathica.* 3 wstrzyknięcia rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chory od paru tygodni na oko prawe, dotychczas nie leczony; skazy żadnej wykazać nie można. Mocne nastrzykanie rzęskowe, ciecz wodna mętna, osadów nic ma, wyraźna zmiana barwy i zatarcie rysunku tęczówki, źrenica wązka, cały wieniec tylnych przyczepin wązkich i cienkich, bóle samoistne dość silne. V $^{5}/_{20}$.

9. Października 1893. atropina co 2 godziny.

10. Października przyczepiny porozrywały się z wyjątkiem dwóch, jednej od góry wewnątrz, drugiej od dołu.

11. Października I. injekcya, atropina j. w.

12. Października nastrzykanie rzęskowe mniejsze, bóle ustały.

13. Października ciecz wodna czystsza, przyczepiny rozerwane, źrenica w całości dobrze rozszerzona, na przedniej torebce pozostał tylko wieniec barwikowy jako ślad po przyczepinach. V $^{5}/_{15}$ do $^{5}/_{10}$.

16. Października II. injekcya.

17. Października zaledwie ślad nastrzykania rzęskowego.

19. Października III. injekcya.

22. Października oko całkiem blade, ciecz wodna czysta, źrenica jak najbardziej rozszerzona, V $^{5}/_{6}$; wystąpił z kliniki.

27) Stanisław S., lat 25, chory przychodni. *Iritis serosoplastica oculi dextri.* 7 injekcyj, z początku rozczynu 1:1000, po przedziałce, później 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — polepszenie.

Przyczyna nie znana. Dwie szerokie tylne przyczepiny, kilka dużych osadów na błonie Descemetego. W miarę wstrzykiwań nastrzykanie rzęskowe równie jak i inne objawy zapalne ustępują, osady zmniejszają się; tylko tylne przyczepiny nie rozerwały się mimo energicznego zapuszczania atropiny. Z powodu spraw osobistych chory wyjechał z okiem bladem i zaledwie dostrzegalnemi osadami do domu; zalecono mu wewnętrznie jodek sodu. Gdy po 6 tygodniach przedstawił się znów w klinice ruchomej, osadów nie było ani śladu, oko było blade, dwie tylne przyczepiny jak dawniej.

28) Marek B., lat 59, klinika stała. *Iritis plastica acuta rheumatica oculi dextri.* Sześć injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — z dobrym skutkiem.

Terapia od 24. Lutego do 14. Marca. Ciepłe okłady, atropina i salicylan sodowy wewnętrznie po 1·0 dziennie; przy tem leczeniu *chemosis* i bóle ustąpiły, źrenica z wyjątkiem kilku tylnych przyczepin rozszerzyła się dobrze; pozostało jeszcze mocne nastrzykanie rzęskowe i częściowe zarośnięcie źrenicy. V jak w dniu przyjęcia $^{1}/_{60}$. Przystąpiłem do wstrzykiwań sublimatu, odrzuciwszy wszystko prócz zapuszczania atropiny co 3 godziny. Po 2 injekcyach objawy zapalne zmniejszyły się znacznie, V $^{3}/_{60}$; po 4 injekcyi V $^{4}/_{60}$, po 5. V $^{5}/_{50}$, po 6. oko wybladło całkiem, V $^{5}/_{20}$; błonka w źrenicy pozostała i kilka tylnych przyczepin.

29) Franciszka B., lat 36, szpital św. Łazarza. *Iritis plastica oculi dextri idiopathica.* 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chora na oko prawe od 3 tygodni, przyczyny wykazać nie można. Dość znaczne nastrzykanie rzęskowe i spojówki gałkowej, źrenica nierówna, postaci prawie trójkątnej, trzy tylne, szerokie przyczepiny od dołu, od góry wewnątrz i od zewnątrz. V $^{5}/_{20}$.

16. Marca I. injekcya, atropina co 3 godziny.

17. Marca nastrzykanie nieco mniejsze, źrenica więcej rozszerzona, przyczepina od zewnątrz rozerwana. V $^{5}/_{10}$.

18. Marca nastrzykanie znacznie mniejsze, źrenica ku zewnątrz dobrze rozszerzona, dwie przyczepiny utrzymują się. V $^{5}/_{10}$ — $^{5}/_{6}$.

19. Marca zaledwie ślad nastrzykania; II. injekcya.

21. Marca oko jeszcze lekko zaróżowione. V $^{5}/_{5}$.

28. Marca oko całkiem blade, atropina tylko dwa razy dziennie.

31. Marca wyszła całkiem wyleczona, pozostały dwie przyczepiny.

30) Marya S., lat 31, szpital św. Łazarza. *Iritis serosoplastica luetica oculi sinistri.* 4 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — znaczne polepszenie.

Przy injekcyach zmniejszyły się objawy zapalne, V z $^{2 \cdot 5}/_{60}$ poprawiła się na $^{5}/_{30}$ w przeciągu dni sześciu, poczem z powodu objawów kiły przystąpiono do wcierań maści szarej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Tak samo jest z torbielami jajnika. O niektórych można powiedzieć z góry, że będą stanowić groźne powikłanie ciąży i te bez wahania trzeba wyjąć; tem bardziej oczywiście, jeżeli ciężkie objawy, jak skręcenie, pęknięcie i t. d. już wystąpiły. Inne, niewielkie, znajdujące się ponad wchodem, powoli rosnące, nie przeszkadzają i najprawdopodobniej nie będą przeszkadzać w ciąży i podczas porodu; te trzeba zostawić, ale osobę chorą obserwować pilnie. Bo choć wszystko zdaje się, że przemawia zatem, że w danym przypadku nic nie grozi, to przecież wystąpić może niespodziewanie jedno z powikłań, o których wyżej była mowa, n. p. skręcenie szypuły. Czasu wtedy dosyć na zabieg operacyjny, który, o ile wnosić można z opisanych w literaturze przypadków, nie jest niebezpieczniejszy ani dla matki ani dla płodu. I tak w przypadkach Terillona, dwóch Schrödera, Heilbrunna, Küstnera, Olshausena, Frommla, dwóch Riedingera[1]) i naszym VII-mym (we wszystkich operowano po skręceniu szypuły) zabieg zakończył się najzupełniej korzystnie dla matki i dla dziecka; tylko w przypadku Chiary[2]) wystąpiło poronienie nazajutrz po zabiegu,

[1]) Cyt. z Dsirnego l. c.
[2]) Dsirne l. c.

poronienie, które jest aż zbyt dobrze usprawiedliwione tem, że macicę w 7-mym miesiącu ciężarną nakłuto przed operacyą i podczas niej. Inna rzecz, jeżeli mimo objawów skręcenia szypuły nie operuje się lub operuje zbyt późno; nie ulega wątpliwości, że wtedy wystąpić może poronienie a nawet zejście śmiertelne. I tak w przypadku 1-szym Spencera Wellsa trwała ciąża wśród objawów zapalenia otrzewnej i skręcenia szypuły więcej niż dwa miesiące; mimo to nie wykonano zabiegu a autopsya po porodzie wykazała, że rozpoznanie skręcenia było dobre. Również w przypadku trzecim, zakończonym śmiercią trwały przed porodem najwyraźniejsze objawy skręcenia szypuły i zapalenia otrzewnej więcej, niż przez dwa miesiące. Jest wielce prawdopodobnem, że owaryotomia wykonana w tych przypadkach bezpośrednio po pojawieniu się pierwszych objawów skręcenia szypuły byłaby wyratowała matkę a najprawdopodobniej i dziecko.

Kończąc rzecz o leczeniu w ciąży, zebrać mogę wyrażone wyżej uwagi w następujących zdaniach:

1) U każdej pacyentki ciężarnej z guzem jajnika, która szuka porady a którą ma się stracić z oczu, wskazana jest owaryotomia. Jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny zabieg ten nie da się wykonać, należy

a) wykonać punkcyą, jeżeli guz wypełniony jest płynem i jest tak duży, że sprowadza duszność, obrzęki kończyn, grozi poronieniem i t. p. lub

b) przerwać ciążę, jeżeli guz (nie dający się wyciąć) jest stały i tak duży lub tak niekorzystnie umieszczony, że obok niego ciąża nie może się rozwijać bez narażenia chorej na poważne niebezpieczeństwa. Wzniecenie poronienia w każdym przypadku a potem bezpośrednio owaryotomia, jak chce Mausell-Moulin[1]), jest propozycyą wprost niezrozumiałą.

2) U pacyentki, która ma pozostać w obserwacyi, wskazane jest

a) wyczekiwanie, jeżeli umieszczenie, wielkość i ruchomość guza pozwalają się spodziewać prawidłowego przebiegu ciąży i porodu. To wyczekiwanie musi bezzwłocznie ustąpić miejsca leczeniu czynnemu z chwilą wystąpienia objawów grożącego poronienia, skręcenia szypuły, krwotoku do guza, pęknięcia torbiela, zapalenia otrzewnej i t. p.

b) We wszystkich przypadkach, w których guz jajnika u ciężarnej wywołuje lub w skutek wielkości, konsystencyi i umiejscowienia najprawdopodobniej wywoła groźne objawy w ciąży, podczas porodu lub w połogu, należy wykonać owaryotomią a tylko w razie, gdyby nie dała się wykonać lub była bardzo trudna, należy się uciec do innych sposobów leczenia, t. j. punkcyi lub przerwania ciąży.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad leczeniem w ciąży, bo też ono najwięcej przedstawia trudności i najwięcej zdań spornych.

Leczenie podczas porodu jest daleko naturalniejsze i łatwiej zrozumiałe, bo jest wywołane potrzebą chwili i z natury rzeczy jest doraźne. Zostawiając z reguły poród siłom natury, wkraczamy tylko wtedy z terapią, kiedy z jakichkolwiek przyczyn siły te nie mogą wystarczyć. Pomijając nieprawidłowe położenia, które usuwa się w zwykły sposób, do leczenia skłonić nas może: 1) niestósunek porodowy, 2) słabe bóle, 3) nagłe zdarzenia podczas porodu, jak skręcenie, pęknięcie torbiela i t. p.

Niestósunek porodowy bywa zwykle bezwzględny i wywołany przez guz znajdujący się w miednicy małej. Można go albo *a)* usunąć albo *b)* obejść. Wybrać należy pierwszą drogę, jako mniej niebezpieczną. Polega ona na: 1) odprowadzeniu guza ponad wchód, 2) na pomniejszeniu guza, 3) na pomniejszeniu dziecka, 4) na usunięciu guza czyli na wykonaniu owaryotomii przez pochwę lub przez laparotomią.

Niestósunek porodowy można obejść w ten sposób, że wykonywa się cięcie cesarskie.

Wszystkie te sposoby są dobre, jeśli ich użyje się we właściwym przypadku.

Lomer[1]) a za nim Charpentier zestawiają wskazania lecznicze w następujący sposób:

1) W każdym przypadku należy naprzód próbować odprowadzenia guza.

2) Jeżeli się nie udaje, należy zawsze i w każdym przypadku próbować punkcyi guza.

3) Jeżeli treść torbiela z przyczyny gęstości nie może wyjść przez trójgraniec, należy szeroko naciąć ścianę torbiela.

4) Wszystkie zabiegi operacyjne, użyte przed pomniejszeniem guza należy uważać za zbyt niebezpieczne.

5) Jeżeli guz jest stały, można wybierać pomiędzy cięciem cesarskiem a perforacyą; decyzya musi być rozmaita, stósownie do przypadku i zawisła od zapatrywań akuszera.

Ze swojej strony dodaje jednak Charpentier, że jest stanowczym przeciwnikiem cięcia cesarskiego i daje pierwszeństwo embryotomii.

Zwykłe zabiegi położnicze, jak kleszcze i obrót z wydobyciem płodu, użyte celem przezwyciężenia niestósunku są bardzo niebezpieczne, jak tego dowodzą cyfry rozmaitych statystyk *(Playfair)*. Może najgorsze wyniki otrzymuje się po obrocie. Że wyniki tych zabiegów położniczych, które mają na celu forsowne przezwyciężenie niestósunku a nie usunięcie lub obejście go, są tak niekorzystne, nikogo chyba dziwić nie może. Wszak niezbędne tutaj użycie siły musi sprowadzić zgniecenie i zmiażdżenie części miękkich a często i pęknięcie guza.

Z naszych przypadków porodowych najbardziej pouczającym jest przypadek IV-ty, w którym wykonano cięcie cesarskie, rozpoznawszy *fibroma retrocervicale*. Zdawało się, że rozpoznanie usprawiedliwia twardość guza i pozorny związek z tylną ścianą szyi macicznej.

Sekcya wykazała torbiel jajnika. Że w jamie Douglasa uwięzły a nadto na dół partą główką przyciśnięty torbiel może być tak twardym, że nie okazuje wcale chełbotania, na to wielu autorów zwraca uwagę. Łatwo wtedy, jak w naszym przypadku zdarzyć się może pomyłka rozpoznawcza. Co więcej, twardość torbiela może być wówczas większa, niż włókniaka, jak to być musiało w przypadku, w którym Baudelocque zamiast torbiela rozpoznał narośl kostną *(exostosis)* miednicy małej.

Dlatego zupełnie słusznie i z naciskiem zwraca uwagę Lomer, że, o ile nie uda się odprowadzenie guza, należy

[1]) Mausell Moulin: The British Gynecol. Journal. 1892. XXXI.

[1]) Lomer: Archiv f. Gynäkol. 1882. p. 301.

zawsze i w każdym przypadku próbować punkcyi nawet, gdyby twardość i brak chełbotania zdawało się, że wykluczają treść płynną torbiela.

Zestawiłem pokrótce i pobieżnie główne zasady leczenia podczas porodu; zastanawianie się nad szczegółami, niewątpliwie interesującymi zaprowadziłoby nas zbyt daleko. Zresztą nad rzeczą tą zastanawia się dokładniej w swojej pracy Dr. Jan Rosner[1]) i tam podaje zapatrywania szkoły ś. p. prof. Madurowicza. Jeszcze krócej załatwić się możemy z leczeniem guzów jajnika w połogu. Nie ulega wątpliwości, że połóg (6 tygodni) nie jest czasem najodpowiedniejszym dla zabiegów operacyjnych, n. p. owaryotomii, choćby tylko z powodu przekrwienia, jakie towarzyszy zwijaniu się macicy. Mimo to nie należy się wahać, ile razy zajdzie potrzeba owaryotomii z przyczyny skręcenia szypuły, pęknięcia, zropienia guza i t. d. W naszym przypadku VI-tym wynik po zabiegu, wykonanym w bardzo niekorzystnych okolicznościach u położnicy, był na podziw dobry.

[1]) Rosner l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Zbiory muzeum w New-Scotland-Yard.

Wiek pary i elektryczności można słusznie dziś nazwać także wiekiem dynamitu i machin zniszczenia.

Od chwili odkrycia własności wybuchowych nitrogliceryny, wynalezionej w r. 1847. przez Sobrerę w Paryżu, postęp w wynajdywaniu nowych substancyj wybuchowych jest wielki. Inżynier Nobel wynalazł dynamit, napawając ziemię (*Kieselguhr*) nitrogliceryną, potem zrobił dualinę, mięszając nitroglicerynę z trocinami drzewnemi. Nie dość było ludzkości poprzestać na tych materyałach wybuchowych; wrogo względem siebie usposobione narody prześcigały się w nowych odkryciach — i tak wynaleźli Niemcy roburyt, substancyę wybuchową, utworzoną z azotanu amonowego i metadynitrobenzolu, Francuzi zaś (Turpin) wynaleźli w ostatnich latach tajemniczy melinit, będący mięszaniną kwasu azotowego i karbolu.

W miarę tych wynalazków kazuistyka zbrodni, popełnianych temi wybuchowemi materyałami wzrastała z roku na rok pokaźnie, aż w latach ostatnich poczęła się tak raptownie wzbogacać dzięki anarchistom, iż zagrożone społeczeństwa były zmuszone wystąpić z surowemi przepisami. Gdy i w naszym kraju wydarzyły się przypadki zbrodni dokonanych za pomocą dynamitu (morderstwa dokonane za pomocą dualiny opisał prof. Blumenstok), przeto usprawiedliwionem będzie zdanie sprawy z artykułu zamieszczonego w kwietniowym numerze b. r. *Annales d'hygiène publ. et de médecine légale*, przetłómaczonego z *The Strand Magazine* 1894. a opisującego różne machiny wybuchowe, wykonane z finezyą a znalezione jeszcze przed wybuchem w rozmaitych miejscowościach Anglii. Mechanizm niektórych machin jest nader sprytnie obmyślanym. Machiny te złożone są w muzeum w New-Scotland-Yard, którego naczelnikami są znawcy zawodowi, pułkownicy Majendie, Forel i chemik Dr. Dupré. Znawcy ci rozróżniają: machiny wybuchowe, rakiety i bomby.

Machiny, które muzeum posiada, są już to mniej, już to więcej skomplikowane. Wybuch w Salford w roku 1881. wywołała machina w postaci niewinnego biberona (flaszki do ssania z niej mleka dla dzieci), innym razem znaleziono machinę podobną do złudzenia do bryły węgla kamiennego. Bryła ta zawierała w sobie substancyą, którąby wybuchnęła w chwili wrzucenia bryły do ogniska. Właściwe machiny piekielne są to puszki już to z drzewa, już to z metalu, mieszczące przyrząd zegarowy, za pomocą którego można najdokładniej oznaczyć godzinę, w której wybuch ma nastąpić. Jeden z prostszych mechanizmów polega na następującem urządzeniu: przyrząd zegarowy łączy się z małym nożykiem, który w oznaczonej godzinie przecina sznurek utrzymujący w zawieszeniu metalowy ciężarek. Ciężarek ten pada wówczas na kapslę, zapala ją — wybuch kapsli zapala właściwy nabój i tak następuje wybuch. W Paddington znaleziono na dworcu kolejowym machinę w postaci skrzynki na śmieci. Mieściła ona w sobie budzik amerykański, połączony z małym pistoletem za pomocą miedzianego drutu; w oznaczonej chwili miała sprężyna budzika ugodzić w rękojeść pistoleta, skutkiem czego musiałby nastąpić wybuch naboju założonego na panewce a tem samem i naboju właściwego. Podobnie była urządzona machina Thomasa, sprawcy katastrofy w porcie bremeńskim. Przerażenie wzbudzają małe machiny w postaci prawdziwych cygar, w których wnętrzu mieści się nabój wybuchający zawinięty w błękitny papier. Jakżeż straszny los spotkać musi człowieka, który nieopatrznie przyjmie i zapali podobne cygaro!

Drugim rodzajem broni wybuchowych są rakiety, wykonane ze skręconych włókien konopnych z przewodem w środku, który wypełnia proch armatni, zapalający się za pomocą lontu.

W Cork znaleziono machinę w postaci skrzynki zawierającej przyrząd zegarowy, połączony z rodzajem rakiety nabitej prochem armatnim. Przy podniesieniu wieka skrzynki miał przyrząd zegarowy zapalić ową rakietę.

Przez bomby rozumieją znawcy te machiny, które wybuchają w skutek wstrząśnienia. Kształty bomb znanych były różne a muzeum w New-Scotland-Yard posiada bomby walcowate, jajowate, wrzecionowate i t. d. Jedna z bomb znajdujących się w tem muzeum, bomba Dalyego, zawierała oprócz substancyi wybuchowej mały flakon z kwasem siarkowym i kulę ołowianą na jej dnie; za wstrząśnieniem bomby kula ołowiana musiałaby rozbić flakon, kwas siarkowy wylałby się wówczas na nabój i wywołałby jego zapalenie się i wybuch. Kwas siarkowy spełnia w bombach rolę lontu lub kapsli, on to bowiem zetknąwszy się z substancyą wybuchową, zapala ją i wywołuje katastrofę. (*Revue d' hygiène et de médecine légale.* Kwiecień 1894). *Wachholz.*

Strassmann i Kirstein: O dyfuzyi trucizn w zwłokach.

Wyniki dalszych badań autorów w tym przedmiocie wykryły, co następuje:

Różne przetwory trujące a pomiędzy niemi i arszenik przenikają ściany żołądka zwłok i rozchodzą się po okolicznych narządach.

Ta dyfuzya odbywa się *per continuitatem;* ztąd też można wykryć przetwory te po upływie pewnego czasu w tak zwanych drugich drogach (arsen już po upływie 12-tu dni a nawet wcześniej) mimo, iż trucizny nie zadano za życia a zatem, iż ona nie mogła uledz wchłonięciu. Obecność trucizny w miąższu lewej nerki a brak jej w prawej nerce, przemawia za wprowadzeniem trucizny do żołądka po śmierci człowieka; obecność trucizny w obu nerkach w pierwszych tygodniach po śmierci przemawia za zażyciem trucizny za życia. Arsen można wykryć także i wówczas w obu nerkach mimo, iż do wessania nie starczyło czasu, jeźli zadano go w chwili konania.

W każdym przypadku, w którym jest podejrzenie, iż truciznę zadano już po śmierci do żołądka, należy badać chemicznie każdą z nerek z osobna a wnioski ztąd wysnute można jeszcze poprzeć wynikiem badania chemicznego, dokonanego osobno z prawem i lewem płucem, z prawym i lewym płatem wątroby.

Do mózgu nie przesiąka arsen w przeciągu pierwszych 4 tygodni po śmierci chyba, że wprowadzono go nie do żołądka, lecz do gardła. Jeźli truciznę podano po śmierci lub

na schyłku życia nie do żołądka, lecz do innych części, należy narządy z częściami temi sąsiadujące i odległe położone poddać oddzielnie badaniu chemicznemu. *(Virchow's Archiv.* Tom 137. Zeszyt 1). *Wachholz.*

Toksykologia.

Guyot: **Zatrucie ołowiem w obiciu.**

Autor przedstawił Towarzystwu lekarskiemu w Paryżu wiejską dziewczynę z porażeniem mięśni kończyn, przeważnie mięśni prostujących *(extensores)*. W przypadku tym myślano o zatruciu ołowiem; gdy jednak żaden inny członek tej rodziny nie okazywał objawów otrucia, odstąpiono od tego rozpoznania. Po 6-ciu miesiącach pobytu w szpitalu wróciła dziewczyna prawie do zupełnego zdrowia, okazując jedynie zanik pewnych mięśni; jednak po upływie krótkiego pobytu w domu i w tym samym pokoju, co poprzednio, zapadła ponownie na dawniejsze swe cierpienie. Ponieważ znowu nasunęła się myśl otrucia ołowiem, zbadano naczynia kuchenne pod względem obecności tego metalu, nie wykryto go jednak. Wówczas zbadano chemicznie obicie pokoju zamieszkiwanego przez ową dziewczynę i znaleziono w niem znaczną ilość ołowiu.

Wobec tego jest rzeczą prawdopodobną, iż dziewczyna wdychając pył zawierający ołów z obicia dostała owego przewłocznego zatrucia. *(Vierteljschrft für ger. Med.* F. III. Tom VIII. Z. 1. Lipiec 1894). *Wachholz.*

Stern: **O zmianach w nerkach po otruciu sulfonalem.**

U 70-letniej umysłowo chorej kobiety, która przez kilka miesięcy z przerwami zażywała sulfonal po 1 lub 2 gramy dla sprawienia snu, wystąpiła bez hemoglobinuryi hematoporfinurya, która ustała dopiero w 8 dni po zaprzestaniu zażywania sulfonalu. Dnia ósmego wystąpił u chorej zapad i śpiączka a w dwa dni potem śmierć.

Badanie histologiczne nerek wykazało rozległe obumarcie przybłonków, najwybitniejsze w cewkach krętych *(tubuli contorti)*, nie tak wyraźne we wstępujących ramionach pętli Henlego. W korze znajdywano kępki kanalików, w których nie można było zabarwić jądra przybłonka. W wielu miejscach uległ przybłonek złuszczeniu a granice jego w częściach utrzymanych były zatarte. Kanaliki zbiorowe nie uległy zmianom. W niektórych kłębkach dostrzeżono w małej ilości nitkowate i ziarniste masy skrzepłe, w niektórych miejscach także drobne wynaczynionki. Tętnice okazywały znaczne zgrubienie ścian. *(Deutsche medicinische Wochenschrift.* 1894. Nr. 10). *Wachholz.*

Choroby dzieci.

Gross (w Nowym Jorku): **Leczenie** *cholera infantum.*

Autor poleca w samym początku choroby rozpocząć leczenie od wlewania znacznych ilości świeżej wody do jelit i obmywania ciała wyskokiem i zimną wodą. Skutkiem tego obniża się gorączka, dzieci uspakajają się, zasypiają i począ obficie. W następnych 24 godzinach wstrzymuje się używanie mleka, natomiast podaje się im odwar herbaty, przegotowaną wodę ocukrzoną, kleiki w małych ilościach. Obok tego kilka razy dziennie przepłukiwania jelit wodą słoną, wreszcie wewnętrznie 6 do 8 proszków kalomelu (po 0·01 do 0·02). Autor wyraża nadzieję, że tak lecząc zaraz w początkach, można powstrzymać dalszy rozwój choroby. Jeżeli to leczenie odniosło dobry skutek, radzi jeszcze dzieciom piersią karmionym przynajmniej przez dobę, dzieciom sztucznie żywionym przez kilka dni nie dawać mleka.

Gdy choroba już rozwinięta, obok pożywienia, jak wyżej podano, wlewania do jelit około 1—1½ litra 1% rozczynu soli kuchennej, przebywanie na świeżem powietrzu, wreszcie

Rp. *Calomelanos* 0·005—0.015
Saloli 0·10—0.20
Sacchari albi 0·30
Dentur tales doses sex.
S. Co 2 godziny proszek w gotowanej wodzie.

Wobec już kilkodniowego trwania choroby tylko kilka razy dziennie po 0·10 do 0·20 salolu i równocześnie:

Rp. *Acidi mur. dil.* 15·00
Pepsini 4·50
Cztery razy dnia po 2—3 kropel i to dopóty, aż poprawi się trawienie.

Gdy nieżyt jelit ostry przemienił się w przewlekły, obok podawania salolu (po 0·10 do 0·20) radzi przemywania jelit 1% rozczynem kwasu garbnikowego czyli taniny.

Gdy na pierwszy plan jako objaw groźniejszy występują wymioty, radzi przepłukiwania codzienne żołądka bardzo słabemi rozczynami kwasu solnego. Przepłukiwania te należy robić nawet w zapadzie, stósując równocześnie wlewania rozczynu słonej wody do jelit i zadając wewnętrznie w bardzo małych ilościach środki skrzepiające *(analeptica)*. Ten obfity dowóz wody do organizmu dwoma drogami, ma wywierać bardzo korzystny wpływ na dalszy przebieg choroby.

Poleca także co 3 do 4 godzin kąpiel gorczyczną. Wstrzykiwanie podskórne rozczynu soli uważa za zbyteczne tem bardziej, że natrafia one zwykle na opór ze strony rodziców. *(Therapeutische Monatshefte.* 5. 1893). *Dr. Raczyński.*

Connel: **O używaniu wewnętrznem ciepłej wody w leczeniu niektórych cierpień przewodu pokarmowego u dzieci.**

Stósowane dziś ogólnie z takim zapałem przepłukiwania żołądka i jelit w ostrych chorobach przewodu pokarmowego, naprowadziły autora na myśl podawania wewnętrznie znacznych ilości wody i uzyskania tym sposobem niejako dobrowolnego przemywania żołądka i jelit. Radzi on wobec ostrego nieżytu żołądka i jelit u osesków przedewszystkiem wstrzymanie na 24 do 36 godzin wszelkiego pożywienia. W tym czasie należy za pomocą flaszki używanej zwykle do karmienia, podawać wyłącznie ciepłą wodę, najpierw czystą, potem osoloną lub ocukrzoną. Dzieci mają pić taką wodę chętnie, mogą też dostać jej, ile chcą; wymioty, które mogą się pojawić przy pierwszych dawkach, zwykle nie powtarzają się później, natomiast bóle i drgawki ustępują, zimne kończyny rozgrzewają się i następuje sen. Po 24 godzinach można rozpocząć podawanie w małych ilościach mleka, nie zaprzestając jednak podawania wody.

Autor widział dobre skutki z tego sposobu leczenia, poleca go także w przewłocznych cierpieniach przewodu pokarmowego u dzieci a nawet w zwykłej niestrawności. *(Semaine médicale.* 1893.) *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

— Leczenie kiły wstrzykiwaniami podskórnemi przetworów rtęciowych. Z dyskusyi w tej sprawie na walnem zebraniu francuskiego Towarzystwa dermatologiczno- syfiligraficznego w Lugdunie od 2. do 4. Sierpnia r. b. wyjmujemy następujące szczegóły:

Augagneur (z Lugdunu) jako sprawozdawca oświadcza, iż jakkolwiek w ostatnich czasach wysławiano leczenie kiły podskórnemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych, nie wolno zapomnieć, iż dawne sposoby stósowania rtęci czyto wewnętrznie czy zewnętrznie zapomocą wcierań dowiodły swej skuteczności i wystarczają najczęściej, gdy wstrzykiwania podskórne przetworów czyto rozpuszczalnych czy nierozpuszczalnych nadają się do leczenia tylko wyjątkowo z powodu przypadków, które mogą sprawić.

Przedewszystkiem wstrzykiwanie samo jest w pierwszej chwili bolesne a ból ten utrzymuje się nieraz nawet długo z przyczyny odczynu zapalnego naokoło wstrzykniętej substancyi i powstania ztąd guza twardego i bolesnego. Lewin opisał przypadek porażenia nerwu strzałkowego *(nervus peroneus)* po nadwerężeniu przez wstrzyknięcie nerwu kulszowego *(n. ischiadicus)* a objemnik *(véhicule)* wstrzykniętego przetworu może nawet dać powód do zatorów w płucach. Po wstrzyknięciach podskórnych spostrzegano nieraz

przypady bardzo ciężkie a nawet znanych jest z piśmiennictwa 10 czy 12 przypadków śmierci, wolno zaś przypuszczać, iż wszystkich nie podano do wiadomości.

Wobec tego wszystkiego potrzeba koniecznie szczegółowych wskazań do wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci. Otóż te wskazania są bardzo niejasne. Zwolennicy powiadają, iż wstrzykiwania podskórne działają bardzo prędko, coby mogło mieć znaczenie tylko w kile mózgu. Mówi się dalej, iż nawroty czyli recydywy choroby są po wstrzykiwaniach rzadsze, niż po innych sposobach zadania rtęci. Są to jednak tylko wrażenia osobiste, ponieważ przebieg kiły bywa tak rozmaity, iż nie można w tej mierze powoływać się na żadne daty statystyczne. Również wessanie rtęci bywa bardzo różne a niewątpliwie gra tu wielką rolę odczyn zapalny po wstrzyknięciu. Pod tym względem najstalej działają wcierania szaruchy.

Prawdziwem też jedynie wskazaniem do wstrzykiwania przetworów rtęci jest niedostateczność innych sposobów zadawania w przypadkach kiły bardzo ciężkich, co atoli dzieje się nader rzadko. Dlatego rozważywszy dokładnie wszelkie niedogodności i niebezpieczeństwa wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci jest sprawozdawca zdania, żeby je ograniczyć tylko do przypadków wyjątkowych, mianowicie pewnych przypadków kiły mózgowej.

W dyskusyi nad tem zdaniem sprawy Augagneura oświadcza S t u k o w e n k ó w (z Kijowa), że rtęć działa na ustrój tylko wtedy, gdy dostanie się do krwi. Otóż szybkość i stopień wessania rtęci przez krew zależą głównie od ilości i sposobu zadania, składu chemicznego przetworu i do pewnego stopnia od indywidualnej właściwości chorego. Po ustąpieniu objawów choroby obecność we krwi zbyt wielkiej ilości rtęci osłabia organizm i przysposabia grunt pod ciężkie przypady kiły. Otóż wydzielanie moczem pozwala do pewnego stopnia sądzić o ilości rtęci we krwi a dokładne oznaczenie ilości rtęci dziennie moczem wydzielonej daje dokładną wskazówkę do prowadzenia dalej bez zmiany leczenia rtęcią, zmniejszenia lub powiększenia dawki. Zdaniem przemawiającego ilość rtęci moczem wydzielonej nie powinna na dobę przekraczać 4 do 6 miligramów.

Najłatwiej ulegają wessaniu za wstrzyknięciem sole rtęci w wodzie rozpuszczające się i niemi też można najenergiczniej zadziałać, używając nawet dawek bardzo małych. Po tych solach idą połączenia nierozpuszczalne, ale nawet za użyciem kalomelu można po kilku godzinach wykryć rtęć w moczu. Na trzeciem miejscu jest rtęć metaliczna w postaci oleju szarego (*oleum cinereum*), której wessanie odbywa się powoli, zkąd potrzeba wstrzyknąć nieraz więcej, by otrzymać taki sam skutek. Gdy jednakowoż ilość pierwotnie wstrzyknięta utrzymuje się w danem miejscu długo a wessanie odbywa się dalej nawet po ustąpieniu objawów kiłowych, przeto używając oleju szarego wprowadza się do krwi ilości za wielkie lub szkodliwe. Stukowenków używa do wstrzykiwania podskórnego będźwinianu rtęci według przepisu:

97) Rp.	*Hydrargyri benzoici*		0.25
	Natrii chlorati chemice puri		
	Cocaini muriatici	$\widehat{aa}$	0·06
	Aquae destil.		30·00

Za wystąpieniem przypadów drugorzędnych kiły wstrzykuje się codziennie po 2 gramy tego płynu pod skórę na pośladkach i to przez miesiąc; po 2 miesiącach pauzy w leczeniu następuje nowy szereg 24 do 30 wstrzyknięć; potem pauza czteromiesięczna i 3-ci szereg wstrzyknięć; później 4. i 5. szereg rozdzielone od siebie pauzą półroczną i roczną.

Wstrzykiwania połączeń rtęci rozpuszczalnych mają tę zaletę, iż działają bardzo rychło a nie tworzą w ustroju złogów twardych i niebezpiecznych. Na 200000 (tak) wstrzyknięć nie miał S. ani razu żadnego niebezpiecznego przypadu. Rozumie się samo przez się, że wstrzykiwania robi się z zachowaniem wszelkich prawideł antyseptyki.

T h i b i e r g e (z Paryża) leczył wstrzykiwaniem przetworów nierozpuszczalnych, prawie wyłącznie oleju szarego 40 chorych i zrobił u nich 157 wstrzykiwań z wielkiemi ostrożnościami antyseptycznemi tak w miejscu wstrzyknięcia (mięśnie pośladkowe) jak i co do strzykawki, bacząc, żeby igła nie dostała się nigdy do naczynia. Wstrzykiwał nieraz po 5 do 10 centygramów rtęci metalicznej (w postaci oleju szarego) i widział po nich tylko dwa razy ropień, najczęściej zaś guzki twarde i bolesne, nieraz nawet nie przeszkadzające chorym w pracy. Wpływ na jamę ustną był bardzo umiarkowany a skutek o wiele rychlejszy, niż po dawniejszych sposobach zadawania rtęci.

Według J u l l i e n a (z Paryża) trzy są wskazania szczegółowe do wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci: 1) nieskuteczność innych sposobów zadawania rtęci 2) konieczna potrzeba działania prędko (Wiadomo, że rtęć ukazuje się w moczu w dwie godziny po wstrzyknięciu podskórnem, w 6 dni po zażyciu wewnętrznem a po 13 do 14 dniach po wcieraniu szaruchy. 3) Potrzeba mocnego nasycenia ustroju rtęcią, jeżeli rozchodzi się o leczenie poronne kiły.

Trzy są też głównie zarzuty robione wstrzykiwaniu podskórnemu przetworów rtęci, 1) tworzenie się ropni, obecnie znacznie rzedsze, niż dawniej, 2) powstawanie guzków twardych i bolesnych, 3) przypady zatrucia zakończone śmiercią w kilkunastu przypadkach, które wszystkie można odnieść do błędów lub nierozwagi. Ażeby uniknąć niebezpieczeństwa wszelkiego ze wstrzykiwań, należy ich używać jedynie u osób z prawidłową czynnością organów moczowych a nigdy u osób słabowitych lub dotkniętych ropieniem.

V e r c h è r e (z Paryża) uważa wstrzykiwania, o których mowa, tylko za wyjątkowy sposób terapeutyczny w obec niedogodności i niebezpieczeństw nie opłacających się korzyścią skrócenia leczenia o 10 lub 14 dni. O leczeniu stanowczem lub poronnem kiły wstrzykiwaniami podskórnemi wolno wątpić.

B a l z e r (z Paryża) widział na 1000 wstrzyknięć w ciągu trzech lat tylko raz ropień a przypadki śmiertelne przypisuje użyciu dawek nadmiernych. Zgadza się z Augagneurem i Verchèrem, iż wstrzykiwania są tylko wyjątkowym sposobem leczniczym, uważa je jednak za dogodne w szpitalu, gdzie rozchodzi się o to, by mieć pewność, iż chorzy są rzeczywiście leczeni i to dawką ściśle oznaczoną.

(*La semaine médicale*. 8. Sierpnia 1894).

— Przeciw kolkom czyli rznięciu w brzuchu u dzieci przy piersi zaleca prof. Escherich w Gracu po 5 miligramów kalomelu trzy razy dziennie a nadto:

98) Rp.	*Ttrae opii*		*guttam unam*
	Aquae laurocerasi		*guttas quindecim*
	Aquae menthae piperitae		
	Aquae foeniculi	$\widehat{aa}$	30·00
	Syrupi simplicis		10·00
	Aquae destil.		30·00

MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

— Przeciw nieżytowi nosa czyli sapce zaleca Brandenberg niuchanie (zażywanie jak tabaki) proszku:

99) Rp.	*Acidi borici subtilissime pulverati*	7·00
	Euphorini	3·00

(*Les Nouveaux Remèdes*. 14. 1894).

V. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Nareszcie okazały się losy miłościwszemi nieco dla pokrzywdzonego dotąd Poznania: w r. 1884. mógł on przyjąć IV. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Istniejące począt-

kowo pewne obawy co do powodzenia tego Zjazdu w przebiegu jego rozprószyły się prędko. Jakkolwiek liczba uczestników (około 260-ciu) mniejsza była od poprzednich, co się głównie odległością miasta da wytłómaczyć, to pod względem naukowym i towarzyskim zajął Zjazd wybitne miejsce, co w znacznym stopniu zawdzięczać należało działalności Komitetu gospodarczego pod przewodnictwem Dra Wicherkiewicza.

Pierwsze posiedzenie inauguracyjne odbyło się 2. Czerwca w sali teatru polskiego. Na przewodniczącego wybrany został prof. Szokalski z Warszawy, na wice-prezesów: prof. Majer, prof. Janowsky i prof. Maixner (z Pragi), prof. Rydel (z Krakowa), prof. Dybowski (ze Lwowa), hr. Cieszkowski i Dr. Matecki (z Poznania), Dr. Żuliński (ze Lwowa). Na tem posiedzeniu mieli wykłady: 1) prof. Szokalski: o badaniu i obserwacyi przyrodniczej porównawczo u nas i w innych krajach, 2) Dr. Krówczyński: o wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe i 3) inż. Syroczyński: geologiczne badania głębszych warstw ziemi.

Po odczytach tych przemawiali jeszcze czescy profesorowie Janowsky i Maixner.

Sekcyj było dziesięć, 5 lekarskich i 5 przyrodniczych. Do pierwszych z nich należały: 1) chirurgiczna, 2) medycyny wewnętrznej, 3) położniczo-ginekologiczna, 4) okulistyczno-otyatryczna, 5) psychiatryi i medycyny publicznej; do przyrodniczych: 1) sekcya geologii, mineralogii, zoologii i botaniki, 2) matematyczno-fizyczna, 3) chemiczno-farmaceutyczna, 4) antropologiczno-archeologiczna i 5) przyrodniczo-rolnicza. Na drugiem posiedzeniu ogólnem, zamykającem prace Zjazdowe, mieli odczyty: prof. Szokalski: „o Jędrzeju Śniadeckim a mianowicie o wpływie teoryi jestestw organicznych na ogólny rozwój biologii społecznej", który przyjęto z największem uznaniem, nadto Dr. Rakowski: „o tajemnicy życia". Na jednem z przyjęć wieczornych urządzono owacyę prof. Szokalskiemu z powodu przypadającego w tym roku jubileuszu 50-letniej pracy lekarskiej. W uroczystości tej żywy udział brali Czesi.

Na ostatniem posiedzeniu odczytał przewodniczący telegram od prezydenta miasta Lwowa, zapraszający doń uczestników V. Zjazdu, co jednomyślnie przyjęto.

Starannie redagowany *Dziennik Zjazdu* uzupełnił sumę dodatnią czynności zjazdowych.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników odbył się w 4 lata później, t. j. 1888 r. we Lwowie, od 18—21. Lipca. Udział w nim był bardzo liczny (przeszło 530 osób). Sekcyj urządzono 10, z nich 4 przyrodnicze: 1) zoologiczno-botaniczno-mineralogiczną, 2) matematyczno-fizyczną, 3) chemiczno-farmaceutyczną, 4) przyrodniczo-pedagogiczną i 6 lekarskich: 1) medycyny teoretycznej, 2) medycyny wewnętrznej, 3) medycyny zewnętrznej, 4) ginekologiczno-położniczej, 5) medycyny publicznej, 6) weterynaryi.

Na pierwszem posiedzeniu ogólnem przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Czyżewicz po mowie powitalnej zaproponował na prezesów Zjazdu: prof. Majera z Krakowa, prof. Baranowskiego z Warszawy, prof. Chodounskyego z Pragi i Włodz. Dzieduszyckiego ze Lwowa, poczem po mowach powitalnych i odczytaniu telegramów nastąpiły odczyty: hr. Dzieduszyckiego: „o wędrówkach ptaków" i Dra Rollego: „o dziedziczności obłąkania".

Przez dni następne trwały posiedzenia sekcyjne przeplatane popołudniowemi wycieczkami, przyjęciami i zabawami. Dnia 21. Lipca odbyło się drugie posiedzenie ogólne w sali ratuszowej. Miejscem następnego VI. Zjazdu wybrano Kraków, postanowiono zaś zbadać, czy byłoby możliwem na przyszłość odbywanie Zjazdów i w innych większych miastach prowincyonalnych Galicyi. Przewodniczącymi Komitetu VI. Zjazdu wybrano prof. Rydygiera i Rostafińskiego z Krakowa. Po odczycie Dra Krówczyńskiego: „o profilaktycznych dążeniach nowoczesnej medycyny", odczytał Dr. Merunowicz listę nagrodzonych wystawców z wystawy lekarsko-przemysłowej, poczem po przedstawieniu wniosków sekcyj, przewodniczący prof. Majer w serdecznej przemowie ogłosił zamknięcie Zjazdu V.

Zjazd ten oprócz bogatego materyału naukowego pozostawił po sobie trzy pamiątki doniosłego znaczenia: dwie z nich dotyczą podniesienia zdrowia publicznego w kraju a mianowicie założenie muzeum higienicznego we Lwowie i zawiązanie towarzystwa higienicznego. Trzecią, najważniejszą może i najpłodniejszą w owoce dla nauki polskiej, stanowi utworzenie za inicyatywą prof. Rydygiera Towarzystwa chirurgów polskich z siedzibą w Krakowie, gdzie też poczynając od r. 1889. odbywają się rok rocznie pod przewodnictwem projektodawcy Zjazdy chirurgów polskich.

Przedostatni VI. Zjazd lekarzy i przyrodników, który odbył się przed 3 laty w Krakowie, zbyt świeżo jeszcze jest w pamięci wszystkich, abyśmy potrzebowali szczegółowiej go przypominać. Przedstawiał on dowód ogromnego postępu w rozwoju Zjazdów; ilość uczestników dosięgała prawie tysiąca, liczba oddzielnych sekcyj wzrosła do 16-tu. Niemniej ważnemi były wnioski sekcyj i członków przedstawione i aprobowane na ostatniem posiedzeniu ogólnem. Przypomnimy z pomiędzy nich jeden, wniesiony przez sekcyę higieny a mający ważne znaczenie ogólne dla Zjazdów. Brzmi on: „Aby Zjazdy miały praktyczną wartość, pożądanem jest, żeby zachować pewien związek pomiędzy jednym Zjazdem a drugim i żeby komitet poprzedniego Zjazdu przekazywał komitetowi następnego zapadłe uchwały i zawiadamiał, jaki los je spotkał". Myśl wniosku najzupełniej słuszna i pożyteczna; jeżeli bowiem Zjazdy, według słusznego określenia prof. Rydygiera w mowie przy zamknięciu tego Zjazdu: „są nietylko żniwami z trzechletniej pracy, lecz i zasiewem na przyszłość", to obowiązkiem jest czuwanie nad przyjęciem się tych zasiewów i pomyślnym ich rozwojem.

Miejscem następnego VII. Zjazdu obrano na zaproszenie Dra Święcickiego Poznań, lecz w roku zeszłym na prośby kolegów lwowskich ze względu na wystawę krajową stolica wielkopolska zrzekła się na ten raz praw swoich na rzecz Lwowa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 16. Sierpnia 1894 r.

— Z urzędowego zdania sprawy Dra Yersina, o którym wspominaliśmy na tem miejscu w numerze poprzednim, wyjmujemy następujące szczegóły:

Czas wylęgania się czyli inkubacyi zarazy morowej wynosi od 4 do 6 dni, poczem choroba występuje obcesowo w postaci nadzwy-

czajnego osłabienia i wyczerpania sił. Zaraz pierwszego dnia okazuje się dymienica, często tylko jedna, przeważnie w pachwinie. Gorączka jest ciągła a towarzyszy jej bredzenie. Częstszem jest zaparcie stolca, niż biegunka. Śmierć następuje po 24 godzinach lub po upływie 4 do 5 dni. Jeżeli życie trwa dłużej niż 4 lub 5 dni, dymienica mięknie a rokowanie staje się lepsze.

Badanie krwi bakteryologiczne osób żyjących nie wykazało mikrobów ani wprost ani przez hodowanie. Natomiast dymienice zawierają mnóstwo laseczników bardzo małych, krótkich, z końcami zaokrąglonemi, niebarwiących się sposobem Grama, lecz nabierających barwy od fioletu goryczkowego (*gentiana*). Laseczniki te znajdują się i w nieobrzmiałych gruczołach limfatycznych tudzież w wątrobie i śledzionie, które jednak obrzmiewają.

Myszy szczepione odrobiną miazgi z dymienicy giną po 24 godzinach a autopsya wykazuje właściwe laseczniki w gruczołach limfatycznych, w rozmaitych organach wewnętrznych i we krwi, gdzie jednak są dłuższe i smaglejsze niż u człowieka. Podobne zmiany organiczne pojawiają się u świnek morskich po zaszczepieniu.

Z pięciu myszy zaszczepionych krwią zginęła tylko jedna i to 4-tego dnia.

Mikrob dżumy daje się łatwo hodować na galarecie, na której tworzy jednostajną powłoczkę białą.

— W szpitalu Rudolfa we Wiedniu (Landstrasse, Boerhavegasse Nr. 2. i Rudolfsgasse Nr. 15.) otwarto z polecenia ministerstwa spraw wewnętrznych w Lipcu r. b. publiczny zakład szczepienia ochronnego wścieklizny podług metody Pasteura i oddano go do użytku ogólnego.

Szczepienie odbywa się codziennie od 10 do 11 rano, ambulatoryjnie i na teraz całkiem bezpłatnie.

Chcący poddać się szczepieniu, które trwa od 12 do 14 dni, winien przynieść ze sobą świadectwo (czyli certyfikat), które ma zawierać następujące szczegóły: 1) Nazwisko i miejsce zamieszkania lekarza lub weterynarza, wymienienie władzy, który wydał lub która wydała świadectwo; 2) Imię i nazwisko, wiek, stan, przynależność do gminy i miejsce stałego zamieszkania osoby, dla której wydane jest świadectwo; 3) Dokładne oznaczenie czasu, w którym osoba mająca poddać się szczepieniu, została pokąsaną; 4) Dokładne opisanie (wielkość, rasa i t. d.) zwierzęcia, które ukąsiło; 5) Odpowiedź na pytanie, czy rana z pokąsania krwawiła; 6) Odpowiedź na pytanie, jak sobie postąpiono z raną po ukąszeniu; 7) Nazwisko i adres właściciela zwierzęcia; 8) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę badano przed jego śmiercią lub po niej i co okazało to badanie; 9) Odpowiedź na pytanie, co ostatecznie stało się z tem zwierzęciem; 10) Doniesienie, czy to zwierzę było także pokąsane i na jaki czas przed jego zachorowaniem; 11) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę po zachorowaniu zmieniło swe wejrzenie i zachowanie się; 12) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę pokąsało jeszcze inne jakie zwierzęta i które; 13) Odpowiedź na pytanie, czy to zwierzę jeszcze pokąsało inne osoby i które; 14) Daty i podpis, w odpowiednim przypadku z dodaniem pieczęci.

Tylko ci chorzy będą przyjęci do szpitala, których rana z pokąsania tego wymaga. Inni muszą sami postarać się o mieszkanie i wikt.

Jest rzeczą bardzo pożądaną, żeby lekarze i władze odsyłali do zakładu ochronnego szczepienia wścieklizny tylko takie osoby, które zostały pokąsane przez zwierzęta niewątpliwie wściekłe lub o wściekliznę w sposób całkiem uzasadniony podejrzane.

Ze zwierzętami, które pokąsały ludzi, należy postąpić sobie według obowiązujących przepisów (§. 35 ustawy z 29. Lutego 1880 roku Dz. praw. państwa Nr. 35. i rozporządzenie ministeryalne z 12. Kwiet. 1880. Dz. praw. państwa Nr. 36.) a w razie sekcyi nadesłać zakładowi szczepienia ochronnego ich czaszkę nieotworzoną.

Zranienia ograniczające się do zdarcia przyskórka, ukąszenia przez grube suknie z wciśnieniem tylko zębów nie potrzebują leczenia w zakładzie.

— Pierwszy kongres francuski dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w roku bieżącym w Lugdunie od 25. do 29. Października. Na porządku dziennym znajdują się do dyskusyi: 1) Etyologia i patogeneza moczówki (*diabetes*). 2) Znaczenie kliniczne chemizmu żołądkowego. 3) Afazya.

— Pewien praktyczny lekarz w Szwajcaryi liczył podometrem kroki swe zrobione w ciągu roku i obrachował, że ich zrobił 9.670.000 czyli dziennie średnio po 26.740, z czego wypada 600.000 do 700.000 na schody, t. j. po 1500 do 2000 kroków dziennie. Biorąc średnio po 2 metry na trzy kroki, wypada długość drogi dziennie przebytej na $17^1/_2$ kilometra.

— Sejm islandzki uchwalił projekt do prawa, mocą którego ma na Islandyi powstać uniwersytet z wydziałem teologicznym, prawniczym i lekarskim.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie Dr. Henryk Podowski, b. lekarz naczelny szpitala św. Łazarza, urodzony w Warszawie w r. 1804, ukończył tamtejszy Wydział lekarski w r. 1829, stopień doktora otrzymał w Berlinie w 1830 r. Od r. 1830 do 1832 był ordynatorem szpitala św. Ducha, w r. 1832 mianowany lekarzem szpitala św. Łazarza, został w r. 1838 jego lekarzem naczelnym i był na tej posadzie do r. 1882. Był także przez wiele lat członkiem Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. — W Krynicy w dniu 6. b. m. Dr. Michał Bojasiński, właściciel zakładu leczniczego w Grodzisku pod Warszawą. — W Kalaraszu w Rumunii w dniu 6-go b. m. w 53. roku życia Dr. Franciszek Artur Frankiewicz, lekarz rządowy. — W Lugdunie profesor higieny w tamtejszym Uniwersytecie Dr. Rollet. — Dr. Mazard, były profesor kliniki lekarskiej w Limoges. — Dr. Chomiakow, profesor kliniki terapeutycznej w Kazaniu. — Dr. G. E. Fenwick, profesor kliniki chirurgicznej w Montréal. — Dr. M. Lesonna, profesor anatomii porównawczej i dyrektor instytutu zoologicznego w Turynie. — Dr. O. T. Sandahl, profesor farmakologii w Sztokholmie.

Redakcya otrzymała:

Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyą *Gazety lekarskiej*. Seryi VI. Zeszyt 5., 6. i 7. M. Hirsch. Suggestya i hypnoza. Przełożył Adam Wizel. Warszawa 1894. Duża 8-ka, str. 131.

Antoni Kuczyński: Tani i prosty aspirator. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Dr. Bronisław v. Skałkowski: Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels. (Odbitka z *Archiv für Gynaekologie*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.